



Data della visita: ____/____/____

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA **AGONISTICA** O **NON AGONISTICA**

Ha contratto il COVID-19? **SI** **NO** SE SI SPECIFICARE DATA ULTIMO TAMPONE NEGATIVO: _____

DATI RELATIVI ALL'ATLETA:

SOCIETA' SPORTIVA: _____ SPORT: _____
COGNOME: _____ NOME: _____
NATO/A IL: _____ A: _____
NR. DOCUMENTO D'IDENTITA' (CARTA IDENTITA'/PATENTE/PASSAPORTO): _____
RESIDENTE A: _____ PROV: _____ VIA: _____ N.CIVICO: _____
MEDICO DI BASE: DOTT. _____

ATTENZIONE: COMPILARE IL QUESTIONANDO BARRANDO SUL **SI** O SUL **NO** SU CIASCUN CAMPO.

MALATTIE RIGUARDANTI I FAMILIARI STRETTI DELL'ATLETA (QUINDI GENITORI, FRATELLI, NONNI):

IPERTENSIONE (PRESSIONE ALTA): **SI** **NO**
MORTE IMPROVVISA (ES: INFARTO): **SI** **NO** - Se si specificare cosa e la parentela: _____
PATOLOGIE CARDIACHE: **SI** **NO** - Se si specificare cosa e la parentela: _____
ALTRO DA DICHIARARE PER I FAMILIARI: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:

TRAUMI/INFORTUNI DI SERIA ENTITA': **SI** **NO** - Se si specificare cosa: _____
ASMA: **SI** **NO** - Se si specificare farmaci usati: _____
ALLERGIE: **SI** **NO**
DIABETE: **SI** **NO** - Se si specificare il tipo di diabete e si prega di far avere il prima possibile la copia dell'ultima visita diabetologica: _____
EPILESSIA: **SI** **NO** - Se si specificare: _____
SVENIMENTI: **SI** **NO** - Se noto, specificarne il motivo: _____
PATOLOGIE CARDIACHE: **SI** **NO** - Se si specificare quali: _____
IPERTENSIONE (PRESSIONE ALTA): **SI** **NO** - Se si specificare quali farmaci assume: _____
ASSUME ALTRI FARMACI?: **SI** **NO** - Se si specificare quali e perchè: _____
INTERVENTI CHIRURGICI: **SI** **NO** - Se si specificare quali: _____
VACCINAZIONE ANTITETANICA (Si rammenta che per la certificazione agonistica è obbligatorio essere coperti da tale vaccino): **SI** **NO** - Periodo ultimo richiamo: _____
USA OCCHIALI O LENTI A CONTATTO: **SI** **NO**
FUMATORE: **SI** **NO** - Se si specificare la quantità o se fuma solo occasionalmente: _____
BEVE ALCOLICI: **SI** **NO** - Se si specificare se ne fa uso spesso o occasionalmente: _____
E' LA PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA DELLA SUA VITA?: **SI** **NO**
E' LA PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA PRESSO IL NOSTRO POLIAMBULATORIO?: **SI** **NO**
HA ESEGUITO ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI DI APPROFONDIMENTO A SEGUITO DELLE PRECEDENTI VISITE SPORTIVE? (ES.: ECOGRAFIA AL CUORE, ECG HOLTER 24 H, CORONAROGRAFIA, RISONANZA CARDIACA, ECC...): **SI** **NO** - Se si specificare quando e quali (e fornire alla struttura la copia dei referti il prima possibile): _____
ALTRE PATOLOGIE DA DICHIARARE: _____

SOLO SESSO FEMMINILE:

ETA' DELLA PRIMA MESTRUAZIONE: _____ **PERIODO ULTIMA MESTRUAZIONE:** _____
IL CICLO MESTRUALE E' REGOLARE? **SI** **NO** **ASSUME ANTICONCEZIONALI (ES.: PILLOLA)?:** **SI** **NO**

Io sottoscritto/a (oppure il genitore/accompagnatore se l'atleta è minorenne) dichiaro di confermare l'anamnesi e di non fare uso di droghe ritenute illegali. Dichiaro inoltre di non essere stato giudicato non idoneo alla visita medico sportiva agonistica nell'arco dell'anno, nella regione e/o nell'ulss di residenza. Motivo dell'eventuale non idoneità: _____

Firma dell'atleta (o del genitore/accompagnatore se l'atleta è minorenne): _____



PARTE RISERVATA AL MEDICO VISITATORE: ESAME OBIETTIVO

TROFISMO: _____ PESO IN KG _____ STATURA IN CM _____

APPARATO LOCOMOTORE: _____

APPARATO RESPIRATORIO: _____

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: _____

P.A. RIPOSO: _____

ADDOME E ORGANI GENITALI: _____ ARTI: _____

ACUITA' VISIVA: NATURALE OD _____/10 OS _____/10 SENSO CROMATICO: _____
CORRETTA OD _____/10 OS _____/10

UDITO: _____

SPIROMETRIA: PEF _____ FVC _____ FV1 _____ NORMALE ANOMALA

ESAME URINE: _____

FIRMA DEL MEDICO VISITATORE: _____

PARTE RISERVATA AL CARDIOLOGO: REFERTAZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO: FREQ. MAX _____

REFERTO: _____

ELETTROCARDIOGRAMMA DOPO LO SFORZO: FREQ. MAX _____

REFERTO: _____

EVENTUALI ACCERTAMENTI RICHIESTI:

- ECOCARDIOGRAMMA COLOR DOPPLER
 ECG 24h SEC. HOLTER
 HOLTER PRESSORIO
 PROVA DA SFORZO CON PROT. CARDIOLOGICO

ALTRO: _____

FIRMA DEL CARDIOLOGO: _____

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI IN BASE ALLO SPORT PRATICATO:

- ESAME NEUROLOGICO
 ELETTROENCEFALOGRAMMA
 ESAME OTORINOLARINGOIATRICO
 AUDIOMETRIA
 ESAME OCULISTICO CON FONDO DELL'OCCHIO
 CAMPO VISIVO

ALTRO: _____

PARTE RISERVATA AL MEDICO DELLO SPORT: GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'ATLETA, ALL'ATTO DELLA VISITA, NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI CLINICHE PREGRESSE O IN ATTO ALLA PRATICA

SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA DELLO SPORT: _____

IDONEO / NON IDONEO PER IL PERIODO: _____

PORTO VIRO, _____/_____/_____ FIRMA DEL MEDICO DELLO SPORT: _____